

## Линейные высыпания на боковой поверхности туловища

Дюдюн А. Д., Семенуха К. В., Семенуха О. К.

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

---

### ЛІНІЙНІ ВИСИПАННЯ НА БОКОВІЙ ПОВЕРХНІ ТУЛУБА

Дюдюн А. Д., Семенуха К. В., Семенуха О. К.

### LINEAR APPEARANCE OF SKIN RASH ON LATERAL SURFACE OF THE TRUNK

Dyudyun A.D., Semenukha K.V., Semenukha O.K.

---

**Б**ольшая М., 18 лет, студентка, жительница Днепропетровской обл., обратилась в ГКБ № 17 г. Днепропетровска с жалобами на высыпания, локализирующиеся на боковой поверхности туловища. Считает себя больной в течение двух недель, когда впервые заметила высыпания. Данное заболевание ни с чем не связывает.

Из анамнеза: 4 недели тому назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией, занималась самолечением.

Семейный и аллергологический анамнезы: не отягощены.

Объективно: патологический кожный процесс локализуется на коже боковой поверхности туловища, спине. Высыпания асимметричны, расположены по ходу нерва. Сыпь представлена

розово-красными папулами различной формы и размера, возвышающимися над поверхностью кожи, блестящими при боковом освещении (Рис. 1 на вкладке).

При гистологическом исследовании отмечают:

- гиперкератоз с участками паракератоза;
- неравномерное утолщение зернистого слоя;
- диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем слое дермы, состоящий из лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов с примесью гистиоцитов;
- вакуольная дистрофия клеток базального слоя;
- на границе между эпидермисом и дермой – тельца Сиватта.

## **Фотозадача**

### **Линейные высыпания на боковой поверхности туловища**



**Рисунок 1**

**Красный плоский лишай** (*Lichen ruber planus*) характеризуется клиническим полиморфизмом поражений кожи, а также слизистых оболочек, является приобретенным хроническим заболеванием. Обычно течение хроническое, реже подострое, иногда острое. После регрессирования остаётся гиперпигментация.

Весомая роль в развитии красного плоского лишая (КПЛ) отводится вирусам, токсико-аллергическим воздействиям, неврогенным и иммунным нарушениям; также может сочетаться с заболеваниями внутренних органов и другими аутоиммунными заболеваниями кожи.

В последнее время отмечается увеличение процента заболеваемости, частоты рецидивирования, а также количество больных с атипичными разновидностями КПЛ. В литературе упоминается о злокачественном перерождении КПЛ.

Клинически КПЛ проявляется возникновением небольших полигональных папул (за счёт гипергрануляции в эпидермисе и лимфоцитарного инфильтрата в дерме), с вдавлением в центре, с характерным восковидным блеском при боковом освещении, которые в дальнейшем сливаются в более крупные папулы и бляшки. Цвет варьирует от ярко-красного до фиолетового. Возможно незначительное шелушение, чешуйки отделяются с трудом. При смазывании папул маслом можно обнаружить сетевидный рисунок – симптом сетки Уикхема. Характерен феномен Кёбнера.

Однако возможно появление и других морфологических элементов, таких как пятна, пузырьки, эрозии, язвы, гиперпигментации, атрофии, что будет говорить о разнообразии атипичных форм КПЛ. Обычно папулы локализуются на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов и предплечий, передних поверхностях голеней, в области крестца, у мужчин – на половом члене. Часто поражаются слизистые оболочки, особенно в форме беловатых сетчатых линий, редко – в форме эрозий. Может происходить истончение и атрофия части или всех ногтей, обычно в виде продольных углублений, иногда – полное разрушение ногтевых пластинок (наиболее тяжёлые поражения при острых распространённых формах – буллёзной и эрозивно-язвенной).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Цераидис Г.С., Федотов В.П., Дюдюн А.Д., Туманский В.А. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. - Днепрпетровск – Харьков – Запорожье, 2004. – 536 с.
2. Владимиров В.В. Диагностика кожных болезней. – ТОО Медтехтурсервис, 1995. – 192 с.
3. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. – Харьков: Факт, 2007. – 790 с.

Можно выделить отдельные синдромы при наличии сопутствующей патологии наряду с КПЛ:

- синдром Литтла–Лассюэра:

- 1) фолликулярные папулы на туловище и конечностях;

- 2) нерубцовая алопеция подмышечных впадин и лобка;

- 3) рубцовая атрофия волосистой части головы.

- синдром Гриншпана–Потекаева: сочетание КПЛ с сахарным диабетом и гипертрофической болезнью.

**Диагноз** выставляется на основании клинических и гистологических данных. Отмечается обильное скопление фибрина на границе между дермой и эпидермисом, в тельцах Сиввата – *IgM*, *IgA*, *IgG* и компонент комплемента *C3*.

Гистологически выявляют:

- гиперкератоз с участками паракератоза;

- акантоз;

- неравномерное утолщение зернистого слоя;

- диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем слое дермы, состоящий из лимфоцитов, полиморфноядерных лейкоцитов с примесью гистиоцитов;

- вакуольная дистрофия клеток базального слоя;

- на границе между эпидермисом и дермой видны тельца Сиватта (коллоидные тельца) – переродившиеся кератиноциты.

Степень выраженности гистологических патологических изменений зависит от клинико-морфологических особенностей заболевания.

**Дифференциальный диагноз** следует проводить с такими заболеваниями:

- псориаз;

- диффузный нейродермит;

- токсикодермия;

- красная волчанка;

- вульгарная пузырчатка;

- плоские бородавки;

- лейкоплакия;

- болезнь Дарье;

- склеродермия;

- вторичный сифилис.

4. Кусов В.В., Флакс Г.А. Справочник дерматолога / Под ред. Ю. К. Скрипкина. – М., БИНОМ, 2006. – 400 с.

5. Дюдюн А.Д., Захаров В.К., Горбунцов В.В. Методи дослідження в дерматовенерології. – Дніпропетровськ, 2009. – 134 с.

6. Бакстон П. К. Дерматология. – М., БИНОМ, 2006. – 175 с.